**Принципы и особенности составления лекарственных алгоритмов**

Как мы уже говорили ранее, главная цель лекарственных блок-схем — помочь вам лучше ориентироваться в постоянно разрастающемся океане препаратов и способствовать оперативному информированию клиентов в условиях цейтнота, который, увы, неизбежен в повседневной практике аптечных работников. Вместе с тем совершенствование этой информационной навигации невозможно без обратной связи. Поэтому сегодня мы с удовольствием отвечаем на наиболее часто встречающиеся с вашей стороны вопросы, относящиеся к содержанию и фактуре наших алгоритмов.

— Какими источниками информации вы пользуетесь при составлении алгоритмов?

— При описании медико-фармакологических и потребительских свойств препаратов используются официально одобренные (утвержденные при государственной регистрации) данные, зафиксированные в инструкции-вкладыше по его применению. Отнесение ЛС в схеме к рецептурному или безрецептурному сегменту осуществляется в соответствии с данными приказа Минздравсоцразвития РФ от 13.09.2005 г. №578 «Об утверждении Перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача» Информация маркетингового плана (средние розничные цены, объемы продаж и т.п.) предоставляется нам исследовательской компанией RMBC.

— Почему в рамках той или иной нозологии структурная матрица RX-схем у вас постоянна (фармгруппа — МНН — торговые названия), в то время как в ОТС-сегменте критерии разбивки ЛП более разнообразны и неоднородны?

— Наши алгоритмы, так или иначе, отражают взаимосвязь участников информационного треугольника «врач — провизор — пациент». Схема рекомендации ОТС-препаратов описывает взаимодействие по линии «провизор — пациент», которое с развитием практики самолечения все чаще осуществляется без предварительного вмешательства врача. В данном случае провизор и пациент (клиент) сами активно участвуют в выборе того или иного лекарства. Поскольку же для покупателя, как правило, первоочередное значение имеют не столько медико-фармакологические нюансы, сколько потребительские свойства товара (лекарственная форма, дополнительные эффекты, условия применения и т.д.), основной упор в «безрецептурных схемах» мы стараемся делать именно на эти разнообразные характеристики.

Что же касается нозологического алгоритма подбора RX-препарата (линия «врач — провизор»), то здесь «свобода маневра» провизора (и, естественно, пациента жестко ограничена предписаниями доктора, указывающего в рецепте дозу, лекарственную форму, режим приема и т.д. Самостоятельно рекомендовать рецептурное средство аптечный работник в соответствии с действующими нормами не может, ему в данном случае достаточно владеть информацией общего порядка, которая и отражена в структуре алгоритма (более подробные сведения о RX-средствах, используемых при том или ином заболевании, можно найти в комментариях к алгоритму). Заметим, впрочем, что, несмотря на это, линия «провизор — пациент» в RX-алгоритмах нами отнюдь не проигнорирована. Как известно, провизор может осуществлять синонимическую замену рецептурных препаратов (пр. МЗСР РФ №785), поэтому в конце схемы мы приводим широкий перечень разных препаратов с одним МНН.

— Как проводится ценовая дифференциация препаратов внутри алгоритма?

— Если препарат не уникален по составу, его принадлежность к той или иной условной ценовой группе («дешевые», «средние», «дорогие») определяется не относительно средней стоимости всех наименований, представленных в алгоритме, а лишь в сравнении со средней стоимостью его синонимов.

Пример. На рынке присутствуют 5 одинаковых по составу лекарств: препарат А в среднем по России стоит 6 руб., В - 9 руб., С - 20 руб., D - 27 руб., Е — 102 руб. В данном случае препараты А и В будут отнесены к «дешевым», С и D (другой порядок) — к «средним», Е (еще более высокий порядок) — к «дорогим». В то же время в другом синонимическом ряду, представленном тремя наименованиями (Al, Bl, C1) - за 90,403 и 1700 руб. соответственно, — средство А1 будет условно причислено к «дешевым», т.к. 2 других в сравнении с ним заметно дороже.

Разумеется, любое разделение товаров по ценам носит условный, относительный характер. В нашем же случае имеет место относительность второго порядка («вертикаль в горизонтали»). Тем не менее в такой разбивке есть, на наш взгляд, свой резон. Во-первых, в аптечной практике гораздо чаще осуществляется замена препарата на синоним, а не на аналог (в случае с рецептурными ЛС только на синоним). Во-вторых, проводить ценовое сравнение препаратов с разными МНН даже в случае их использования при одной патологии не совсем корректно, т.к. они далеко не всегда являются альтернативными (взаимозаменяемыми). Единственный случай, когда ценовая маркировка ЛС осуществляется относительно средней стоимости всех препаратов, используемых при той или иной патологии, — отсутствие у лекарства синонимов, зарегистрированных на российском рынке.

— По каким принципам отбираются торговые наименования для алгоритма при наличии множества вариантов ЛС с одним и тем же составом?

— Конечно, в идеале мы бы приводили полный перечень препаратов-синонимов. Однако из-за ограниченности объемов рубрики нам приходится придерживаться количественного лимита — в рамках каждой ценовой категории упоминаются 3—5 синонимов, которые среди представителей своей ценовой группы входят в лидеры по объемам розничных продаж в стоимостном выражении (по данным RMBC). В то же время из каждого правила бывают исключения, и место препарата в общем рейтинге всех синонимов не всегда является для нас абсолютным критерием отбора ТН для схемы.

Пример 1. Сводный рейтинг розничных продаж всех торговых наименований внутри некой синонимической группы выглядит следующим образом:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | | 3 | |
| I | F | | «Дорогой» | |
| II | G | | «Средний» | |
| ш | H | | «Средний» | |
| IV | I | | «Средний» | |
| V | J | | «Средний» | |
| VI | | К | | «Дорогой» | |
| VII | | L | | «Средний» | |
| VIII | | М | | «Средний» | |
| IX | | N | | «Средний» | |
| X | | О | | «Дешевый» | |
| XI | | Р | | «Средний» | |
| XII | | R | | «Дешевый» | |

1 — место в рейтинге объемов продаж; 2 — торговые наименования синонимов (условно); 3 —условный ценовой сегмент.

Как видим, средства М и N по общим объемам розничных продаж стоят выше препаратов О и R. Однако, несмотря на статус «аутсайдеров» общего списка, О и R в алгоритме будут упомянуты на правах лучших внутри своего, «дешевого» сегмента. А вот М и N, даже имея более высокий рейтинг продаж в сравнении с О и R, в данном случае окажутся проигнорированы, поскольку в рамках своего сегмента («средние») они занимают лишь 6—7 позиций после лидеров G, H, I, J и L (которые и будут фигурировать в «среднем» ценовом столбике). Почему в подобных случаях «худшим из лучших» (М и N) мы предпочитаем «лучших из худших» (О и R)? По крайней мере, по двум причинам: а) из-за большой социальной важности ценового критерия при выборе покупателем лекарства; б) из-за желания помочь аптекам, которые в своей ассортиментной политике ориентируются на группы покупателей с разной платежеспособностью. Пример 2. В рейтинге «дешевых» синонимов 1, 3 и 5-е места занимают препараты (А4, В4 и С4 соответственно), торговые наименования которых полностью совпадают с МНН. В этом случае во избежание повторов и в целях максимального широкого освещения перечня различных синонимических названий упомянуто будет только средство А4 — как наиболее покупаемое среди полностью совпадающих наименований. Места препаратов В4 и С4 займут средства из того же ценового сегмента с названиями, отличными от МНН.

— Почему в случае с одними заболеваниями в алгоритмах фигурируют как рецептурные, так и безрецептурные ЛС, а в случае с другими — только лишь ОТС-препараты? И почему во втором случае вы публикуете алгоритм альтернативного подбора RX-ЛС по МНН?

Составление алгоритма изначально подразумевает некое множество описываемых объектов (в нашем случае — ЛС), упорядочиваемых в рамках определенной системы. Алгоритм, состоящий из «пары-тройки» наименований, на наш взгляд, нонсенс, «стрельба из пушки по воробьям». Поэтому если список рецептурных препаратов, используемых при той или иной патологии, узок (как было в случае с темами «Запор у детей» и «Диарея»), то мы считаем, что достаточно их упоминания внутри сопроводительного комментария.

Бывают и другие мотивы, заставляющие нас периодически обходить стороной нозологические RX-алгоритмы. Так, в случае с «повышенной нервной возбудимостью» мы проигнорировали комплекс рецептурных средств, т.к. он в значительной части состоит из препаратов списка ПККН. Упоминание подобных ЛС (да и вообще любых антипсихотических лекарств, требующих предельной осторожности даже в случае синонимической замены) в рамках «рекомендательного» материала выглядело бы крайне неэтично. Что же касается алгоритма альтернативного подбора по МНН, то его мы печатаем хотя бы в силу высокой актуальности темы. Полагаем, что после приказа Минздравсоцразвития РФ от 17.02.2006 г. №97, устанавливающего приоритетность выписки препаратов ДЛО по МНН, уместность и практичность подобных схем только возрастет. Заметим также, что начиная с этого номера для таких алгоритмов будут выбираться средства, так или иначе связанные с нозологической тематикой приводимой рядом ОТС-схемы.

Еще раз скажем, уважаемые читатели, что совершенствование наших алгоритмов во многом зависит и от вас. Мы будем рады услышать ваши новые вопросы, пожелания, замечания, уточнения. Все они непременно будут приняты к рассмотрению и отражены на последующих этапах реализации нашего проекта.

**Список литературы**

Журнал «Российские аптеки», №6 2006